Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA	CÓDIGO: AP-CT-F-61
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 20/02/2025

INFORMACIÓN DEL PROCESO	
PROCESO No	IC-005-2026
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	"PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO ESPECIALIZADO INCLUIDO REPUESTOS DE LOS EQUIPOS DE RAYOS X PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD NORTE E.S.E"

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			GW APOYO TÉCNICO BIOMÉDICO S.A.S	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 901.763.937-8	No. NIT:	No. NIT:
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en los Estudios Previos, Invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	El proponente deberá acreditar su experiencia aportando mínimo una (1) y máximo tres (3) certificaciones de contrato terminado y/o liquidado, cuyo objeto u obligaciones, sea igual o similar al objeto a contratar, que indique como mínimo.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	A. Nombre o razón social del contratante (público o privado)				
	B. Nombre del contratista				
	C. Fecha de iniciación y de terminación del contrato (si aplica)				
	D. Valor del contrato				
	E. Objeto del contrato.				
	C. Suscrita por funcionario/empleado competente.				
	Para acreditar este requisito el proponente deberá aportar a su propuesta los siguientes documentos: 1. El oferente debe entregar para cada equipo el protocolo de mantenimiento preventivo a realizar.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	2. El oferente debe hacer entrega de las hojas de vida de un (1) ingeniero biomédico, electrónico o áreas afines con experiencia mínimo de tres (3) años en el mantenimiento de equipos objeto del proceso; así como la certificación de entrenamiento de fabrica para el manejo de los equipos objeto del proceso, esta experiencia será válida a partir de la fecha de expedición de la tarjeta profesional como lo indica la ley 842 de 2003.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		

OBJETO A CONTRATAR	"PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO ESPECIALIZADO INCLUIDO REPUESTOS DE LOS EQUIPOS DE RAYOS X PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD NORTE E.S.E"				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
	3. El oferente debe presentar lista de los repuestos y accesorios necesarios y recomendados por el fabricante para garantizar el correcto funcionamiento de los equipos, con sus respectivos valores en pesos colombianos.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**		
OBSERVACIONES:					

EVALUADORES		
NOMBRE Y CARGO		**FIRMA**
EVALUADOR TENICO	**MARCELA FERNANDA ESCOBAR / LIDER BIOMÉDICA**	
SUPERVISOR	**DAMARIS REYES CASTRO / DIRECTORA ADMINISTRATIVA**	
DIRECTOR DE ÁREA	**MARCELA FERNANDA ESCOBAR / LIDER BIOMÉDICA**	